

赤十字健康生活支援員養成講習受講申込書

○申込期間は、2019年4月8日（月）～2019年5月17日（金）です。

○期間外の申込は無効です。受講の可否については、申込期間終了後、ご連絡いたします。

姫路赤十字病院 社会課 Tel.079-294-2251（内線 3664、5072）

○住所は、受講者本人の在住地をご記入ください（連絡事項や認定証等の送付先となります）。

○受講可であっても、申込者本人以外の代理受講はできません。

○申込内容は、姫路赤十字病院からの通知以外の目的で使用いたしません。

楷書で記入のこと。

確認事項	<input type="checkbox"/> 開催要項について、その内容を了承し、受講を申し込みます。 確認事項を了承していただける場合は、✓印をいれてください。 了承いただけない場合は、受講をお断りすることがあります。				
講習名称	赤十字健康生活支援員養成講習		受講日	2019年6月1日(土)、2日(日)、 8日(土)の3日間	
ふりがな 氏名		性別	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日生(才)
現住所	〒		電話	()	—
			FAX	()	—
			携帯	—	—
該当する項目にレ印を入れてください。	<input type="checkbox"/> 赤十字関係者 <input type="checkbox"/> 赤十字ボランティア（防災ボランティア、奉仕団員） <input type="checkbox"/> ボランティアを目指す者 <input type="checkbox"/> その他()				
所属	所属団体・会社名等を記入				
備考					

以下事務局記入欄（記入しないでください。）

備考						
受付 年月日	年 月 日 ()		受付者			番号
教材費 受領	月 日 ()	受講票	年 月 日 () 発送済			

姫路赤十字病院